



ASSEMBLÉE NATIONALE

10ème législature

Equilibre financier

Question orale n° 1385

Texte de la question

M. le ministre du travail et des affaires sociales s'est rejoui récemment de la réduction de l'augmentation des dépenses de santé. M. Louis Pierna souhaite connaître les dispositions qui ont été prises dans le département de la Seine-Saint-Denis pour obtenir ce résultat.

Texte de la réponse

M. le président. M. Louis Pierna a présenté une question n° 1385.

La parole est à M. Louis Pierna, pour exposer sa question.

M. Louis Pierna. Monsieur le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale, M. le ministre du travail et des affaires sociales a déclaré, le 5 février, que la réforme de la sécurité sociale portait ses premiers fruits et que, fin 1996, les objectifs d'économies avaient été atteints. Permettez-moi d'être un peu moins optimiste que lui.

Si les choses allaient aussi bien, pourquoi les personnels de santé des hôpitaux publics, les médecins libéraux, les infirmières, les kinésithérapeutes, seraient-ils si inquiets ? Pourquoi multiplieraient-ils les protestations et les manifestations ?

Si les choses allaient aussi bien, je ne rencontrerais pas dans mes permanences des malades - très malades - excédés des décisions prises par certains médecins contrôleurs, qui ont manifestement reçu des instructions pour écourter les prises en charge lourdes par les caisses de sécurité sociale.

A titre d'exemple, je me bornerai à citer deux cas, parmi beaucoup d'autres.

Premier cas: M. A., âgé de cinquante-neuf ans, est victime le 22 février 1995 d'un accident vasculaire grave. Il perçoit des indemnités journalières, passe un contrôle médical le 13 septembre 1996 et apprend, quelques semaines plus tard, lorsqu'il se présente à son centre de sécurité sociale, que ses indemnités journalières sont supprimées depuis son passage devant le médecin contrôleur. Il n'était plus pris en charge, mais ni le médecin contrôleur ni personne d'autre, d'ailleurs, n'avait eu le courage de le lui dire !

Un expert a pourtant conclu que ses handicaps excluaient la pratique d'une profession quelle qu'elle soit et qu'à l'épuisement de ses indemnités journalières, il devrait être mis en invalidité catégorie 2. Résultat: le voilà inscrit à l'ANPE en attendant la contre-expertise.

Deuxième cas: M. B, cinquante-deux ans, présente une pathologie complexe séquellaire d'accidents vasculaires cérébraux, infarctus fonctionnel, maladie de Parkinson. Le 22 mars 1996, le médecin contrôleur le reçoit et prend la décision de supprimer les indemnités journalières. Apte à travailler, déclare-t-il ! Après une nouvelle expertise, il est décidé que les indemnités lui seront versées jusqu'au 22 mai 1996, l'ANPE prenant ensuite le relais.

Que dit son médecin traitant ? «L'intéressé est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité.»

Que dit le médecin expert de la MATMUT ? «Arrêt de travail justifié du 30 juillet 1995 au 30 décembre 1996.

Stabilisation le 30 décembre 1996 justifiant de la catégorie 2 d'invalidité.»

Alors, monsieur le secrétaire d'État, ma question est simple: est-ce en refusant les soins et les prestations aux malades, aux malades lourds, que vous obtenez les chiffres dont vous vous rejouissez ? Que comptez-vous faire pour que les caisses donnent instruction aux médecins contrôleurs d'agir avec un peu plus d'humanisme,

en tenant veritablement compte de la situation du malade ?

M. le president. La parole est a M. le secretaire d'Etat a la sante et a la securite sociale.

M. Herve Gaymard, secretaire d'Etat a la sante et a la securite sociale. Monsieur le depute, je voudrais tout d'abord rappeler la chance que nous avons, en France, de beneficier d'un systeme de protection sociale a la fois liberal et solidaire. Liberal parce que le patient peut consulter le medecin de son choix et recevoir des soins dans l'etablissement de sante de son choix. Solidaire parce que notre securite sociale, qui s'est consolidee depuis cinquante ans, assure la prise en charge collective des soins. Nous sommes le seul pays en Europe, et meme dans le monde, a profiter de cette double caracteristique. Ailleurs prevalent soit le liberalisme sauvage qui aboutit a l'exclusion des soins, soit des systemes administres et etatistes qui aboutissent a un rationnement. Mais, pour maintenir notre regime de protection sociale, chacun convient qu'il faut y mettre de la responsabilite. C'est tout le sens de la reforme globale qui se met en place.

L'annee derniere, vous l'avez rappele, nous avons tenu les objectifs que nous nous etions fixes. Pour 1997, contrairement a ce que j'entends parfois, aucune baisse des depenses de sante n'est prevue; elles doivent au contraire augmenter de 10 milliards de francs.

En moyenne, la France depense chaque annee pour la sante un point de richesse nationale de plus que tous les autres pays a developpement economique comparable. En mettant en place des outils de responsabilisation, nous voulons parvenir a ce que l'on appelle le «juste soin».

En ce qui concerne plus precisement la politique de controle medical des caisses primaires d'assurance maladie, je vous rappelle que les praticiens-conseils de la securite sociale sont avant tout des medecins. Ayant prete le serment d'Hippocrate, c'est meme exclusivement en tant que medecins qu'ils prennent leurs decisions et non en obeissant a une logique budgetaire et bureaucratique aveugle.

Quant aux situations particulieres que vous avez evoquees, il est bien evident qu'elles doivent etre examinees au cas par cas par la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis et qu'il y a toujours moyen de contester une decision aupres des instances competentes. Apres vous avoir entendu, je suis dispose, pour ma part, a demander des informations complementaires a cette caisse.

Mais, encore une fois, pour preserver notre systeme de prise en charge collective des soins pour tous les Francais - prise en charge qui sera encore amelioree en 1997 avec la mise en place de l'assurance maladie universelle - il faut mettre partout de la responsabilite. Bien entendu, cela ne doit pas se faire au detriment de la sante. C'est pourquoi il faut toujours agir avec tact et mesure.

M. le president. La parole est a M. Louis Pierna.

M. Louis Pierna. Monsieur le secretaire d'Etat, je vous ai ecoute avec attention, mais permettez-moi de mettre un peu en doute les assurances que vous m'avez donnees, car les deux cas que j'ai cites ne sont pas isoles. Depuis quelques semaines, je recois, dans mes permanences, de nombreuses personnes qui font etat des memes griefs. Ainsi, les parents d'une jeune handicapee qui devait etre transportee dans un etablissement specialise se sont vu refuser le remboursement de l'ambulance. De telles pratiques n'avaient pas cours auparavant.

C'est si vrai que les caisses elles-memes hesitent sur la conduite a tenir. S'agissant du cas de suppression sans avertissement des indemnites journalieres que j'ai cite tout a l'heure, la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis m'a repondu que la communication de la decision a l'interesse n'est pas systematique, l'information etant transmise au medecin traitant. Or celui-ci n'avait pas ete non plus informe.

Mais l'auteur de cette reponse s'empresse d'ajouter: «Cependant, le service medical, soucieux de la qualite de la relation avec les assures sociaux, entend poursuivre aupres des medecins-conseils des actions d'incitation a l'echange direct avec les patients qu'ils rencontrent.»

Enfin, le medecin controleur savait bien que cette personne avait cinquante-neuf ans et qu'elle ne pouvait plus travailler. Il y a donc quelque chose qui s'est passe. Incontestablement, des instructions d'economie ont ete donnees. Ce qui n'etait pas la regle auparavant l'est devenu aujourd'hui. C'est pourquoi j'eprouve un doute. Bien sur, il faut equilibrer les comptes de la securite sociale, mais il y a d'autres moyens. Il faut faire cotiser les revenus financiers au meme titre que les revenus du travail. A defaut, si, par malheur, il devait y avoir demain un million de chomeurs en plus, le deficit ne pourrait que s'accroitre et il faudrait encore reduire les soins.

Dernierement, j'ai ete hospitalise dans une clinique de cardiologie du Midi de la France. Ce que l'on proposait a son directeur m'a tellement choque que je lui ai conseille de s'adresser au depute de sa circonscription, M.

Leotard. On lui demandait tout simplement de supprimer 25 lits, c'est-a-dire le tiers des capacites de l'etablissement, alors que le taux de remplissage est de 96 %, et d'augmenter en compensation le prix de

journee, qui devait passer de 740 a 1 250 francs ! Finalement, cette operation aurait coute des centaines de millions de centimes a la securite sociale, uniquement pour appliquer la loi hospitaliere !

J'espere qu'avec un tel taux de remplissage et une nombreuse clientele en provenance d'Italie ou d'Allemagne, cette clinique n'a pas ete contrainte de fermer ces 25 lits et qu'elle continue de fonctionner correctement. Mais voila comment on depense l'argent de la securite sociale en prenant des mesures purement administratives qui ne correspondent pas aux besoins des malades.

Données clés

Auteur : [M. Pierna Louis](#)

Circonscription : - COM

Type de question : Question orale

Numéro de la question : 1385

Rubrique : Securite sociale

Ministère interrogé : travail et affaires sociales

Ministère attributaire : travail et affaires sociales

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 26 février 1997, page 1379

Réponse publiée le : 5 mars 1997, page 1562

La question a été posée au Gouvernement en séance, parue dans le journal officiel le 26 février 1997